

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: MIRIANE MEDEIROS DE ARAÚJO	CPF: 069.288.614-10
CARGO/FUNÇÃO: ENFERMEIRA PLANTONISTA	MATRÍCULA Nº: 487
SECRETARIA SAÚDE	LOCAL DE TRABALHO: HPD


Venho respeitosamente perante V. Ex<sup>a</sup> requerer:

Marque com X uma das opções abaixo:

<input type="checkbox"/> APOSENTADORIA	<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ SERVIÇO MILITAR
<input type="checkbox"/> AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO
<input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS
<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO	<input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMÍLIA
<input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO A PEDIDO DO SERVIDOR	<input type="checkbox"/> PENSÃO POR MORTE
<input type="checkbox"/> FECHAMENTO DE VÍNCULO (CNIS)	<input type="checkbox"/> PERMUTA OU CEDÊNCIA
<input type="checkbox"/> GOZO DE FÉRIAS	<input type="checkbox"/> REMOÇÃO A PEDIDO DO SERVIDOR
<input type="checkbox"/> LICENÇA MATERNIDADE/PATERNIDADE	<input type="checkbox"/> READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO
<input type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA	<input type="checkbox"/> TITULAÇÃO DE ESCOLARIDADE
<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ ATIVIDADE POLÍTICA	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Atestado médico referente aos dias 02 e 03 de maio de 2024


  
Assinatura do(a) requerente  
Data: 06/06/24

Autorização do(a) Gestor(a)  
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

<b>PACIENTE:</b> 0000160353	MIRIANE MEDEIROS DE ARAUJO	<b>IDADE:</b> 32 Anos 5 Meses 6 Dias
<b>ATENDIMENTO:</b> 01475102	<b>DATA:</b> 02/05/2024 09:55	<b>NASC.:</b> 26/11/1991
<b>LOCAL:</b> RECEPCAO DO CDI		<b>SEXO:</b> Feminino
<b>MÉDICO:</b> CAMILA LUCENA PATRIOTA DE PONTES	<b>CRM:</b> 8831	<b>ESP.:</b> REUMATOLOGIA
<b>CONVÊNIO:</b> BRADESCO SAUDE		<b>PLANO:</b> INDIVIDUAL - ENFERMARIA

**ATESTADO MÉDICO**

DE ACORDO COM A LEI Nº 605, DE 5 DE JANEIRO DE 1949, ART. 6º, LETRA f), ATESTAMOS QUE O SR. (A):

MIRIANE MEDEIROS DE ARAUJO	CARTEIRA DE IDENTIDADE DE NÚMERO	3530482
ORGÃO EMISSOR SSP-PB	CPF NÚMERO	06928861410
TRATAMENTO MÉDICO, CLASSIFICADO COM O CID Nº	M25.5	FOI ATENDIDO NESTA UNIDADE DE SAÚDE PARA
VERÁ FICAR AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS DURANTE	02	DIAS, A PARTIR DE 02/05/2024

EU MIRIANE MEDEIROS DE ARAUJO

Autorizo o Dr. CAMILA LUCENA PATRIOTA DE PONTES

a registrar o diagnostico codificado CID ou por extenso neste atestado Médico.

*x Miriane Medeiros de Araujo*  
Assinatura do Paciente ou Responsável

Joao Pessoa, 02 de Maio de 2024

*Dra. Camila Lucena P. de Pontes*  
Reumatologista  
CRM-PB 8831 | RQE 6046

---

CAMILA LUCENA PATRIOTA DE PONTES - CRM - PB: Nº. 8831